

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 juillet 1896, à 9 heures

Par PAUL ESPAGNAC

ÉTUDE

SUR LA

PHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. } LANDOUZY, professeur.
 } NETTER, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
Professeur honoraire	
M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHANTEMESSE	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHARRIN	LETULLE	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	MARFAN	ROGER	
DELBET			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ ET GUIDÉ
AU COURS DE MES ÉTUDES MÉDICALES

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

ÉTUDE

SUR LA

PHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE

INTRODUCTION

La blennorrhagie a pris définitivement place parmi les maladies générales : son action n'est plus confinée à l'urèthre, elle se fait sentir sur les divers systèmes de l'organisme. Nous la voyons produire l'uréthrite, l'ophtalmie, l'orchite, l'arthrite ; agir sur les nerfs, le cœur, les vaisseaux, etc.

C'est à l'étude d'une de ces dernières manifestations, la phlébite blennorrhagique, que nous consacrons notre modeste travail.

Après avoir fait dans un premier chapitre l'histoire de la question, nous étudierons dans le second l'étiologie de la lésion. La pathogénie et la symptoma-

tologie feront chacune l'objet d'un chapitre ; nous réunirons dans le même paragraphe le diagnostic et le traitement, réservant pour la dernière partie de notre étude les observations et les conclusions.

Mais avant d'aborder notre sujet qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Fournier qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous adressons aussi nos sincères remerciements à tous nos maîtres et à tous ceux qui nous ont aidé au cours de nos études médicales.

HISTORIQUE

Vœlker, le premier peut-être, a parlé de la phlébite blennorrhagique (Th. de Paris, 1868).

« Nous apportons dit-il, à ce tableau du rhumatisme blennorrhagique un nouvel élément et nous pensons que dans quelques circonstances on a même pu observer la lésion de la membrane interne des veines, lésion manifestée dans les membres inférieurs par la *phlegmatia alba dolens*. »

La même année Empis relate un fait qui lui semble de même ordre que celui de Vœlker (Th. de Lelong, 1869).

En 1880, Vaccagi (Th. de Paris) cite un cas observé par Fouilloux.

Vidart (Th. inaugurale, Paris, 1875) montre que la phlébite blennorrhagique est à peine connue, tandis que nombreuses sont les observations de phlébite rhumatismale.

Besnier (Art. *rhumatisme in Dict. encyclop. des Sciences médicales*) met en évidence la rareté de ces phlébites rhumatismale et blennorrhagique.

Talamon (*Revue de Médecine et de Chirurgie*, 1878) insiste aussi sur cette rareté.

Mais bientôt des observations nouvelles sont publiées. Citons les noms de Bilton Pollard, Frenck Bernham, et celui de Martel (Th. de Paris, 1887).

Stratigopoulos (Th. de Montpellier, 1888) donne une première étude d'ensemble de cette affection dont il a pu rassembler 13 cas, dont plusieurs sont indiscutables au point de vue de la nature gonococcienne ou tout au moins blennorrhagique des lésions.

Dans une brève étude critique, M. Gouget (*Presse Médicale*, 1895) relate une observation nouvelle et donne un résumé des caractères cliniques de cette phlébite.

ETIOLOGIE

L'existence d'une blennorrhagie est évidemment la cause nécessaire de la phlébite de même nom, mais des causes adjuvantes nombreuses viennent s'y ajouter.

Le sexe a une grande importance : sur quinze cas, nous trouvons onze hommes et quatre femmes. L'âge a également une grande influence : si la chaude-pisse ne respecte aucun âge, il n'en est pas moins vrai qu'elle s'observe beaucoup plus souvent entre 18 et 35 ans. C'est aussi pendant cette période de la vie que surviennent ordinairement les phlébites blennorrhagiques.

Stratigopoulos pense que le rôle du sexe, outre la plus grande fréquence de la blennorrhagie chez l'homme, s'exerce encore parce que le sexe masculin a une vie, des occupations qui fatiguent beaucoup plus l'homme que la femme.

Pour le même auteur, sur les professions, il n'y a rien de précis à dire ; « il y aurait pourtant lieu de supposer que les fatigues violentes, l'exposition habi-

tuelle ou accidentelle au froid humide créent des causes prédisposantes chez certains sujets ».

Les maladies antérieures qui ont une certaine importance sont :

1° Le rhumatisme. — Il est notoire que les manifestations articulaires dans le pseudo-rumatisme infectieux se produisent plus fréquemment chez les personnes qui ont eu des attaques antérieures de rhumatisme vrai, ou présentent une disposition héréditaire au rhumatisme. Les faits démontrent bien la fréquence du rhumatisme dans les commémoratifs, mais il n'est pas constant.

2° La *phlegmatia alba dolens* ;

3° Les varices, créent des « *loci minoris resistentiæ* » et peuvent ainsi appeler la localisation blennorrhagique.

Siège. — La phlébite blennorrhagique atteint le plus souvent la veine saphène interne, qui est son siège de prédilection ; on peut aussi la voir affecter les autres veines du membre inférieur, la sous-cutanée abdominale (Tédénat), les veines de la prostate et enfin celles du membre supérieur.

Stratigopoulos explique cette localisation fréquente de l'inflammation dans la veine saphène interne par : 1° la déclivité de cette veine qui, comme toutes celles du membre inférieur, est plus exposée par ce fait aux inflammations ; 2° ses communications avec les vaisseaux de la verge par la veine sous-cutanée abdominale ; 3° le voisinage des ganglions lymphatiques en-

flammés dans la chaude-pisse qui agissent par inflammation du voisinage et par compression.

Dans nos observations, nous voyons que la phlébite s'est étendue :

Douze fois à la saphène interne.

Sept fois à la fémorale.

Trois fois à la jambe.

Deux fois dans les veines sous-cutanées abdominales.

Deux fois dans les veines du bras

Une fois dans chacune des veines suivantes : Iliaque primitive, iliaque interne, radiale et cubitale.

Avec M. Gouget (*Presse Médicale*, 1895), nous laissons de côté dans cette étude de la phlébite blennorrhagique les phlébites viscérales (veine dorsale de la verge, veines vaginales, plexus prostatiques, etc.) dont l'histoire clinique est absolument particulière et rentre dans celle des complications viscérales de la blennorrhagie.

PATHOGÉNIE

L'agent de la phlébite, dit M. Gouget, est évidemment microbien. Mais, est-ce le gonocoque lui-même, ou un microbe d'infection secondaire ? L'examen bactériologique de la veine enflammée pourrait seul trancher la question ; mais on n'est guère autorisé à le pratiquer sur le vivant. Pourtant dans deux cas, Tédénat aurait trouvé le gonocoque dans la veine enflammée. A défaut, de cet examen direct, quelques auteurs se sont contentés d'examiner le sang à distance de la veine atteinte. Hamonic trouva ainsi des sphérules réfringentes, douées de mouvements gyrotaires actifs, quelquefois accouplées deux par deux et se colorant énergiquement par le violet 6 B. Cette description, ajoute M. Gouget, est malheureusement insuffisante ; en particulier l'absence de réaction de Gram ne permet pas d'admettre en toute certitude qu'il s'agissait bien du gonocoque. L'examen de Le Roy fut encore plus incomplet ; il dit seulement avoir trouvé dans le sang quelques cocci semblant doués de mouvements, et se colorant par le violet de méthyle. Dans le cas de Gouget, l'examen du sang du doigt et son

ensemencement sont restés négatifs. Nous savons d'ailleurs qu'il faut se défier des cultures faites par ensemencement de sang obtenu par piqûre d'un doigt. Le sang ainsi recueilli s'infecte facilement par les microbes banals de la peau, quelque soin que l'on prenne d'ailleurs pour aseptiser la surface qu'on doit piquer.

On ne saurait, ajoute M. Gouget, adopter aucune conclusion ferme. « On peut, en considérant les deux cas de Tédénat, et étant donné que la possibilité du passage du gonocoque dans le sang est aujourd'hui hors de doute, reconnaître à ce microbe la faculté de produire une phlébite, mais en raison de la fréquence des infections secondaires chez les blennorrhagiques, on ne saurait affirmer et on a même tout lieu de douter qu'il soit la cause de toute phlébite observée au cours d'une blennorrhagie ».

Nous voyons que dans cette opinion de M. Gouget, nous sommes loin des hypothèses des auteurs anciens, au sujet de la phlébite et du rhumatisme blennorrhagiques.

« On pourrait dit Stratigopoulos, songer d'abord à nier l'existence de la phlébite blennorrhagique puisque la phlébite est très rare, vu la fréquence grande de la chaudepisse ».

Mais, à cette objection qui n'a d'ailleurs qu'une mince valeur, puisque rareté ne veut pas dire impossibilité, on peut dire que le plus souvent la phlébite coïncide avec des manifestations pseudo-rhumatismales de la blennorrhagie qui, elles, ne sont plus l'objet d'aucune contestation. La constatation faite par Tédénat

du gonocoque dans la paroi veineuse coupe court à toute discussion.

Nous rejetons donc l'opinion de Hiry, Profeta, qui pensent qu'aucune relation de cause à effet n'existe entre la phlébite et la blennorrhagie.

Quant aux théories anciennes sur la pathogénie des rhumatismes qui pourraient s'appliquer point par point à la phlébite, nous ne chercherons pas même à les énumérer ici, une pareille étude serait aujourd'hui fastidieuse.

Une seule théorie est acceptable : la théorie microbienne.

Reste à savoir, nous dit encore Gouget, comment l'agent infectieux, gonocoque ou autre, arrive à la veine. A cet égard, il faut sans doute établir des différences d'un cas à l'autre.

Lorsque la phlébite siège aux membres inférieurs, il est probable que le mécanisme de son développement est le même que pour la phlegmatia puerpérale. L'agent infectieux se propage de proche en proche, des veines de l'appareil génito-urinaire (urèthre, prostate, testicule, vagin, utérus, à l'hypogastrique, à l'iliaque externe, à la crurale et à la saphène interne. Pourtant ce mécanisme n'est peut-être pas toujours le vrai. Il y a lieu de remarquer en effet que presque tous les cas de phlébite blennorrhagique se montrent accompagnés de déterminations articulaires. Six fois notamment, l'arthrite siégeait sur le même membre que la phlébite et l'avait manifestement précédée. Gouget se demande si, en pareil cas, l'agent infectieux ne s'est pas propagé

par les veinules partant de l'articulation atteinte.

Lorsque la phlébite siège loin de toute autre localisation blennorrhagique, il faut bien admettre le transport à distance de l'agent infectieux par la circulation générale.

La propagation de proche en proche, de l'organe primitivement lésé vers les grosses veines, n'en trouve pas moins un gros appoint dans l'observation de Noguès (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1894), le professeur Guyon, dans un cas de blennorrhagie, avec douleurs dans la région prostatique, fit le diagnostic de phlébite des plexus prostatiques en constatant à droite de la glande une masse dure, inégale, bosselée, rappelant les pièces anatomiques injectées au suif.

SYMPTÔMES

Les symptômes généraux dans la phlébite blennorrhagique sont souvent peu marqués. *La fièvre* peut faire complètement défaut ; souvent elle est peu accentuée. Lorsqu'elle est intense elle coïncide le plus habituellement avec des manifestations particulières multiples ; des frissons légers accompagnent alors les localisations morbides sur les veines ou sur les jointures.

Exceptionnellement, en dehors de ces complications articulaires, on peut observer du malaise, de l'anorexie, des nausées, des frissons. Dans quelques cas on a vu la température atteindre d'emblée ou au bout de trois ou quatre jours $39^{\circ},5$ ou même 40° . Cette fièvre intense s'accompagne naturellement de symptômes infectieux et même d'albuminurie. En général, tous ces phénomènes ne persistent guère plus d'une dizaine de jours.

Les symptômes locaux n'ont rien de bien particulier. Ils sont ordinairement ceux de toutes les phlébites infectieuses.

La douleur est vague, diffuse, habituellement peu in-

tense ; mais elle est constante dans son existence. On l'observe spontanément, elle est exagérée sous l'influence de toute pression.

Elle détermine des troubles fonctionnels qui sont de la gêne dans les mouvements des membres lésés, de la diminution des mouvements.

La rougeur le long du trajet du vaisseau enflammé existe souvent sous forme d'une traînée rose ; mais cette coloration est ordinairement peu vive. On ne l'observe que dans les cas où la veine est superficielle ; elle fait complètement défaut quand la veine est profonde.

Dans un cas on a noté une rougeur diffuse de la face antéro-interne de la cuisse ; cet érythème est difficile à expliquer.

Le doigt promené sur le trajet du vaisseau sent un cordon dur, quelquefois peu net, peu distinct, ordinairement arrondi, irrégulièrement cylindrique, avec des renflements et des rétrécissements.

L'œdème n'est pas absolument constant ; mais il existe très fréquemment. Tantôt mou, tantôt dur, il apparaît d'abord, soit au niveau du segment de membre atteint, soit à l'extrémité du membre.

Cet œdème peut être très considérable, au point de doubler presque le volume du membre ; mais dans certains cas, au contraire, il est à peine marqué.

L'œdème disparaît ordinairement plus vite que le cordon veineux qu'on peut encore constater, alors que le gonflement a complètement disparu.

La phlébite blennorrhagique a une durée moyenne

de quinze jours à deux mois. Dans l'observation de Banham sa durée fut de cinq mois.

Des rechutes ont été signalées plusieurs fois, soit sur la veine primitivement lésée, soit sur une veine voisine.

Un malade de Hamonic, après une première atteinte de quinze jours, fut pris, au bout de vingt jours, après avoir commis des excès qui déterminèrent une recrudescence de sa chaude-pisse, d'une deuxième poussée sur la même veine. Tédénat nous raconte l'histoire d'un malade qui eut de même, après une première phlébite qui dura vingt-cinq jours environ, une rechute sur la même veine.

Un autre malade de Tédénat, après une première phlébite de la saphène interne, en eut une deuxième du côté opposé.

La suppuration n'a jamais été signalée aux membres. On l'a vue seulement dans les cas de phlébite des veines des organes génitaux. Ainsi Richet qui a vu plusieurs cas dans lesquels des caillots s'étaient développés au sein du tissu érectile, dans un cas fit une incision et retira du sang caillé et infect. Le malade succomba à l'infection purulente, mais ces cas ne rentrent pas dans le cadre de l'affection que nous étudions.

Le pronostic est donc bénin d'une manière générale, puisque la guérison a été observée dans tous les cas, sauf dans celui de Pollard, où la mort survint par embolie pulmonaire.

Parfois la guérison se fait attendre longtemps. Chez

un malade de Empis, au bout de deux mois elle était encore incomplète, il persistait de l'œdème et le cordon veineux était encore appréciable,

Cette bénignité du pronostic nous explique que l'anatomie pathologique de la phlébite blennorrhagique soit encore entièrement à faire. Dans le seul cas qui s'est terminé par la mort, il n'y a pas eu d'autopsie.

DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

L'existence de la phlébite se reconnaîtra par la douleur, l'induration le long du cordon veineux.

Pour déterminer sa nature il faudra rechercher chez le sujet l'existence d'une affection blennorrhagique génitale ou extra-génitale, et constater l'absence de toute autre cause pouvant expliquer le développement d'une phlébite.

Il nous semble superflu de faire ici le diagnostic différentiel de la phlébite avec les douleurs musculaires ou névralgiques, avec la lymphangite, etc. Nous ne croyons pas devoir, non plus, énumérer les différentes causes qui peuvent produire la *phlegmatia alba dolens*.

Le traitement n'a rien de particulier : repos, calmants locaux, enveloppement ouaté. L'onguent napolitain a été appliqué localement comme anti-phlegmasique.

Il faut ajouter à ces moyens le traitement ordinaire de la blennorrhagie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Le Damañy, interne du service
de M. Renault).

M. A..., cuisinière, entre à l'hôpital Broca, salle Cul-
lerier, le 13 novembre 1894. Elle est atteinte de vagini-
te intense dans laquelle l'examen bactériologique révèle
l'existence de nombreux gonocoques. Cette affection
évolue normalement pendant quinze jours ; l'améliora-
tion est déjà nette, grâce aux injections de permanga-
nate lorsque le 2 décembre survient une douleur dans
la cuisse droite. Pas de gonflement, pas de cordon dur.
Ces deux symptômes apparaissent trois jours après.
Le cordon veineux est formé par la saphène interne,
il occupe la moitié supérieure de la cuisse. Le gonfle-
ment est peu considérable. La coloration des téguments
est normale, les douleurs spontanées peu vives.

L'œdème augmente pendant huit jours, tout en res-
tant modéré. Il diminue ensuite, et au bout d'un mois
il avait complètement disparu. Le cordon veineux dimi-
nua plus lentement ; il était encore sensible quand la
malade sortit. On n'a noté aucune hyperthermie, aucun
symptôme général.

Le seul traitement a été l'immobilisation dans un épais pansement ouaté.

OBSERVATION II

(Gouget, *Presse Médicale*, 7 décembre 1895).

L... Maria, 19 ans, domestique, entre à la Charité, salle Cruveilhier, le 23 septembre. Elle vient à l'hôpital parce que deux jours auparavant elle s'est trouvée prise de douleurs dans l'épaule et le coude gauches.

Elle n'a d'ailleurs jamais eu de rhumatismes, ni aucune autre maladie. Elle a accouché à seize ans. Les suites de couches ont été normales.

Lorsqu'on l'examine on ne trouve qu'une certaine douleur des deux articulations à la pression et lors des mouvements provoqués. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement. En cherchant la cause de ces douleurs articulaires on apprend que la malade atteinte habituellement d'une légère leucorrhée, a été prise, quelques jours auparavant, de pertes verdâtres, abondantes, empesant le linge. Elle n'a d'ailleurs ni envies fréquentes d'uriner, ni dysurie, ni douleurs abdominales. Rien au cœur. Température 38°,2.

Le traitement consiste en quinine, 0,50 centigrammes; injections vaginales au permanganate; onctions au baume tranquille et enveloppement ouaté.

Dès le lendemain, le genou et le cou-de-pied droits deviennent douloureux, toujours sans tuméfaction ni rougeur. Puis, quelques jours après, les douleurs dans l'épaule et le coude gauche disparaissent, mais les genou et le cou-de-pied gauches se prennent à leur tour, toujours de la même façon. En même temps,

assez forte diarrhée. La température se maintient entre 37°,8 et 38°.

Dans les premiers jours d'octobre, les douleurs articulaires disparaissent, sauf au niveau du genou droit, que la malade ne peut étendre complètement. Néanmoins elle peut se lever et marcher un peu. L'écoulement vaginal a considérablement diminué. La température tombe, le 5 octobre, à 37° 4, pour y rester les jours suivants.

Le 9 octobre, dans l'après-midi, la malade étant levée, éprouve une certaine douleur, avec sensations de raideur, sur le devant de la cuisse droite. En même temps elle ressent un malaise général. Depuis quelques jours, d'ailleurs, elle a perdu l'appétit. Le soir, la température monte à 37° 9 ; le lendemain matin elle est à 38°. On constate alors, sur la face antérieure de la cuisse droite, une traînée rougeâtre, commençant au tiers supérieur, un peu en dedans de la partie médiane, pour s'étendre obliquement en bas et en arrière jusqu'un peu au-dessus du condyle interne du fémur correspondant, par conséquent, au trajet de la saphène interne.

Sous cette traînée rouge, on sent, au palper, un cordon arrondi, parfaitement régulier, assez douloureux à la pression. Il n'y a pas trace d'œdème ni au niveau de la cuisse, ni au niveau des malléoles.

Repos complet au lit. Enveloppement ouaté de la cuisse.

Un peu de sang prélevé par piqûre sur l'index gauche est examiné au microscope etensemencé sur gélose au sang humain. Les deux épreuves restent négatives.

10 octobre. — Même état : 37° 9.

11 octobre. — La température tombe à 37°, 2. La rougeur et le cordon veineux persistent, mais la rou-

geur est moindre. Le genou droit est maintenant redevenu parfaitement libre.

12 octobre. — La rougeur a disparu sur la moitié supérieure de la cuisse, mais elle s'est étendue en bas jusqu'à la partie postérieure du condyle interne.

Deux jours après elle s'est complètement effacée. Le cordon veineux n'est plus appréciable qu'à la partie inférieure de la cuisse, sur une longueur de quelques centimètres. Il disparaît les jours suivants, en même temps que se développe une légère tuméfaction douloureuse à la partie supéro-interne de la jambe, au niveau des tendons de la patte d'oie.

Cette tuméfaction se dissipe elle-même rapidement.

Le 17 octobre la malade est examinée au spéculum. L'écoulement vaginal est presque complètement tari, mais on fait sourdre de l'urèthre, par pression sur ses parois, une goutte de pus blanchâtre. De l'orifice externe du col utérin sort un bouchon muco-purulent, épais. L'utérus lui-même est très légèrement sensible au toucher. Rien dans les culs-de-sac.

L'examen du pus urétral et du muco-pus utérin montre de nombreux diplocoques réniformes, intra-cellulaires, se décolorant par le Gram.

OBSERVATION III

In thèse de Voelker.

Accidents blennorrhagiques. Arthrite. Sciatique. Phlébites successives des deux membres pelviens.

(Résumée).

X..., 35 ans, constitution robuste, mais pâle et lymphatique, rhumatisant. Cet homme a eu déjà, il y a deux ans, une première blennorrhagie, à la suite de

laquelle il a ressenti de vives douleurs dans les muscles des lombes et dans le bras.

Au mois de juin dernier, à la suite d'un séjour de quelques heures dans une cave où il était descendu couvert de sueur, il a ressenti de vagues douleurs dans les muscles du dos et de la cuisse gauche. Le lendemain, la douleur siégeait le long du nerf sciatique ; quelques jours plus tard, les points douloureux de Valleix étaient on ne peut mieux marqués.

Après plusieurs périodes successives d'exacerbation et de rémission, le calme se rétablit vers le 10 octobre.

Le 2 novembre 1867. — Il est pris d'une blennorrhagie presque complètement supprimée par une injection vineuse, mais qui persiste à l'état de goutte matinale. Huit jours après, douleurs vives dans la cuisse gauche, le long du sciatique principalement. La fièvre s'allume, l'appétit se perd, l'insomnie survient et le malade se décide à entrer dans le service de M. Demarquay.

17 décembre. — La cuisse gauche est énorme, elle a à sa partie supérieure un tel volume qu'elle fait suite avec le bassin sans ligne de démarcation. Un œdème considérable entoure le bassin, les lombes et la cuisse jusqu'au genou. A partir de là, la jambe se termine en pointe et est fusiforme. La douleur est vive à la pression, surtout au niveau du grand trochanter et de l'articulation coxo-fémorale. Tout mouvement est impossible et les fonctions du membre sont entièrement abolies. Insomnie, inappétence, fièvre légère, malaise général.

Enveloppement ouaté après onction au baume tranquille laudanisé.

Le 23. — En pressant sur la racine de la cuisse, on

sent rouler sous le doigt un cordon dur et douloureux à la pression ; c'est la veine fémorale indurée, surtout sensible à la partie supérieure de la cuisse. Frictions sur la cuisse avec la teinture de digitale. Epaisse couche d'ouate autour du membre.

Le 27. — Le volume de la cuisse est le même ; celui de la jambe semble augmenté. Douleurs moins vives.

3 janvier. — L'œdème a à peu près disparu en commençant par le haut de la cuisse. Aujourd'hui, il en reste encore un peu à la région malléolaire ; plus de douleurs : appétit, sommeil.

Le 8. — Le malade se disposait à se lever quand, hier soir, il a été pris de frissons et de fièvre. Ce matin le pouls est encore vif, accéléré ; il n'y a plus rien cependant à la jambe gauche qu'un peu de desquamation furfuracée en certains points. Mais le malade se plaint d'une douleur erratique et intermittente dont le maximum est au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite.

Rien d'anormal au cœur, dans le tube digestif ni aux poumons.

Le 10. — Œdème considérable du côté droit du malade, qui envahit les régions fessière, iliaque et lombaire et crurale du côté droit. Volume du membre considérablement augmenté. Douleur vive, au niveau de l'articulation surtout. Enveloppement ouaté du membre.

Les jours suivants les mêmes phénomènes que ceux observés au membre pelvien gauche se passent du côté droit. Le cordon dur de la saphène est nettement senti. La marde de l'œdème est la même. Le traitement a été aussi simple que la première fois et le malade sort guéri de la maison municipale de santé.

OBSERVATION IV

Empis. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1868.

Entrée le 6 mai dernier, âgée de 29 ans, notre malade a eu à l'âge de 18 ans une première attaque de rhumatisme qui a duré neuf mois.

Depuis cette époque elle est restée sujette à des douleurs vagues dans les membres : mais ces douleurs n'ont jamais été assez fortes pour lui faire reprendre le lit; elle n'a jamais rien éprouvé du côté du cœur.

A son entrée : rhumatisme polyarticulaire sans complications cardiaques. Nous découvrons en même temps un écoulement blennorrhagique qu'elle fait remonter à cinq semaines.

Le 12 mai, dans la soirée, alors que le rhumatisme sévissait encore avec violence sur un grand nombre de jointures, la malade fut prise d'un frisson très fort suivi d'un malaise général insolite. Le lendemain nous constatons chez elle, du côté droit, les phénomènes suivants : Douleur vive dans l'aîne droite, la douleur suit le trajet des veines crurale et saphène, et l'on sentait très distinctement sur le trajet de ces vaisseaux, la présence d'un cordon dur, non pulsatile et très douloureux à la pression. Endroit très sensible à la pression à la partie moyenne et postérieure de la jambe. Il y avait œdème de tout le membre inférieur et œdème, mou, non douloureux à la pression, en dehors du trajet des veines. Il n'y avait aucun indice d'inflammation des vaisseaux lymphatiques; les ganglions inguinaux étaient sains et l'on ne constatait aucune rougeur à la peau.

On continua l'usage du sulfate de quinine à doses

fractionnées et l'on eut recours à un liniment belladonné.

Aujourd'hui le rhumatisme articulaire est guéri; les douleurs qui existaient sur le trajet des veines ont progressivement diminué et après plus de deux mois de durée les veines atteintes restent dures et oblitérées, de sorte que l'œdème du membre persiste encore.

OBSERVATION V

(Obs. de Fouilloux, tirée de la thèse de Lelong, 1869).
(Résumée).

X..., 17 ans, s'est livré pour la première fois au coït il y a un mois environ. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital il fut pris d'une céphalalgie violente accompagnée de nausées, de lumbago, et il y a deux jours, apparurent de la douleur et de la pesanteur dans le testicule gauche.

7 février. — Etat saburral de la langue qui est rouge à la pointe et sur les bords, inappétence absolue, facies rouge, céphalalgie vive, abdomen plutôt aplati que ballonné. Un peu de gargouillement iléo-cœcal. T. 38°,6.

Tuméfaction du testicule gauche affectant principalement l'épididyme qui est très douloureux, lumbago, arthralgie polyarticulaire, siégeant surtout dans les membres inférieurs et sur le membre supérieur du côté droit qui, du reste a été, il y a quelques jours, soumis à une contusion assez violente.

Le 6. — Facies rouge, peau chaude et sèche, 40°, 2.

Le testicule droit s'enflamme. Epanchement douloureux du genou gauche.

Gonflement douloureux et rouge du bras droit avec

sensation de cordon arrondi noueux le long du trajet de la veine humérale. Membre arrondi, en gigot. Douleur dans le côté droit.

Le 9. — T. 40° 2. Pouls 116. Etat typhoïde assez prononcé.

Le 11. — La fièvre est tombée; la langue est encore un peu sèche; le gonflement du bras est maintenant peu douloureux; la rougeur disparaît; la résistance générale est moindre. Le membre est surtout œdémateux.

L'orchite bilatérale diminue.

Le 12. — La tuméfaction du bras est de plus en plus œdémateuse. Sur le trajet de la veine humérale on sent distinctement un cordon dur, douloureux, et, de loin en loin des nodosités saillantes.

L'empâtement du membre supérieur droit se limite sur la face interne du bras. Le membre inférieur gauche est dans la demi flexion avec rotation en dehors. Il est douloureux spontanément et à la pression. On n'y sent pas de cordon induré.

Le membre inférieur droit est aussi immobile et douloureux à la pression. Il est dans l'extension et la rotation en dedans. Pas de tuméfaction.

Le 15. — Le gonflement du bras droit et de la jambe gauche diminue. Le membre inférieur droit devient plus douloureux, surtout au niveau du triangle de Scarpa, et quand on exerce une pression sur ce point.

Température 39° 5. Etat général assez mauvais.

Le 16. — L'état général s'améliore; pouls 112, langue humide.

A partir du 2 mars la santé va en s'améliorant, les symptômes décroissent, et le 1^{er} avril le malade est entré franchement en convalescence.

Le 15. — L'amélioration continue à se faire lente-

ment; mais le malade ne se lève pas encore et tout fait craindre qu'il ne reste longtemps à l'hôpital.

OBSERVATION VI

(Tirée de la thèse de Vidart, 1875).

Le nommé D... 20 ans, tonnelier, entré le 1^{er} août 1874 dans le service de M. Martineau. Constitution robuste, aucun antécédent rhumatismal. Il y a quinze jours il contracta une blennorrhagie légère. Sept jours après l'apparition de l'écoulement, le soir, le malade ressentit des douleurs vagues dans le pied gauche. Deux jours après, gonflement et rougeur. Les gaines tendineuses paraissent être seules le siège de l'inflammation.

Le 9 août. — Douleur dans la cuisse le long du trajet de la saphène; il n'y a ni chaleur, ni rougeur; au palper on sent un cordon dur, peu développé. La pression augmente la douleur. Les veines de la cuisse gauche font saillie, les ganglions inguinaux sont engorgés.

Le 14. — On constate de la rougeur tout le long de la saphène, commençant au-dessus de la malléole interne et venant jusqu'à l'embouchure de la saphène dans la crurale. A ce niveau on trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette, la pression y est très douloureuse, la largeur de la bande rouge est de deux centimètres environ.

On pose le diagnostic d'angioleucite et de phlébite.

Le 15. — Amélioration, la rougeur a à peu près disparu, la pression est encore douloureuse mais on ne sent plus le cordon dur.

Le 18. — Les douleurs ont reparu dans la cuisse, et la palpation fait découvrir à nouveau la saphène, comme un cordon dur très douloureux; frictions à l'onguent mercuriel.

Le 20. — Amélioration, la douleur diminue et la saphène paraît moins dure.

Le 21. — Les douleurs et le gonflement existent toujours au pied gauche et à la main droite. Plus rien du côté des vaisseaux de la jambe.

Le 23 septembre. — Le malade part pour Vincennes; il n'est pas guéri; il lui reste de la raideur à l'index de la main droite, Le gonflement du pied a peu diminué.

OBSERVATION VII

The Lancet, 30 mars 1885

Thromboses veineuses à la suite de la blennorrhagie

Bilton Pollard, présente des viscères et des veines pelviennes provenant d'un cas de thrombose à la suite de blennorrhagie.

Femme de 19 ans, atteinte de blennorrhagie 36 jours avant sa mort. Elle avait eu de la fièvre, des douleurs dans le genou et de la raideur de l'articulation coxo-fémorale droite. La mort est due à une embolie de l'artère pulmonaire.

La pièce montre une thrombose de la veine iliaque primitive gauche, de l'iliaque interne et des veines vaginales. Pas d'ulcération dans le vagin. Lésion du cartilage fémoral et de l'acétabulum. Les autres articulations étaient indemnes.

OBSERVATION VIII

(The *Lancet*, 16 octobre 1886).

Thrombose veineuse à la suite de pyélite chronique, conséquence de blennorrhagie.

W. G..., entre au mois d'octobre dernier, avec les symptômes d'une pyélite chronique. Gonorrhée au mois de juin de l'année dernière, elle fut suivie de rétention d'urine, puis de cystite. Des douleurs survinrent ensuite dans la région du rein droit. A son entrée il y a dans cette région une tumeur volumineuse, rénitente à la pression.

Le 16 janvier, fièvre, frisson. La jambe est notablement enflée, la région de la longue saphène est tendue et assez dure. Douleurs violentes.

Le 25 du même mois, les veines de la jambe gauche commencèrent à être affectées de la même manière que les veines de la jambe droite. Fièvre et douleur légères.

Dans ce cas le gonflement et l'œdème affectaient le pied, la jambe et la cuisse presque jusqu'à l'orifice de la saphène. Ces deux attaques coïncidèrent dans leur début avec un gonflement considérable, rapide, du pénis et une miction difficile.

Au mois de mars, il partit de l'hôpital et je constatai que son état général continua à être précaire comme auparavant. Plus tard il fut encore affecté par une thrombose des veines du bras dont les détails m'ont échappé.

OBSERVATION IX

(Hamon, in thèse de Stratigopoulos).

Phlébite blennorrhagique récidivante.

A. R..., 24 ans, le 3 novembre 1886 est atteint d'une blennorrhagie franche. Il est malade depuis huit jours. Pus chargé de gonococcus.

12 novembre. — Amélioration locale; mais teinte terreuse du visage, courbature, langue saburrale, quelques vomissements.

Le 15. — Le malade me fait appeler auprès de lui. Douleurs vives dans tout le membre droit qui est tuméfié, surtout du côté de la jambe. Œdème malléolaire marqué. Les mouvements imprimés au membre sont douloureux.

La douleur est diffuse; mais son maximum siège à la partie antéro-interne de la cuisse. La saphène interne forme un cordon dur, douloureux au toucher.

Le 19. — Douleur locale moins vive. Hier soir, la température était de 40°, ce soir de 39°.

Le 28. — Température 37°. On ne sent plus le cordon induré. On ne perçoit qu'un léger épaissement des tissus au niveau de la saphène.

Le 5 décembre. — Le malade se lève.

Le 3 janvier. — Il revient au dispensaire; il y a récurrence de l'écoulement, devenu très abondant. État général sérieux.

Le 5. — Douleurs dans la cuisse droite. Empatement le long de la saphène, pas d'œdème du membre.

Il y a une nouvelle poussée de phlébite infectieuse.

Le 7. — Œdème considérable du membre, surtout au niveau des malléoles.

Le 10. — Amélioration.

Le 20. — Le cordon veineux est à peine perceptible.
Un peu d'œdème existe encore.

Le 30. — Guérison, le malade peut se lever.

Pendant cette récurrence de la phlébite, la température a atteint 40°,2.

Le 14 mars. — La guérison se maintient.

OBSERVATION X

(Martel, in thèse de Stratigopoulos).

D..., 27 ans, non rhumatisant, a une blennorrhagie depuis vingt jours. Écoulement peu abondant.

Depuis six jours, douleur dans les deux genoux et dans l'épaule gauche. Deux jours après, impossibilité de la marche.

A son entrée, rougeur diffuse sur le trajet des vaisseaux fémoraux, léger œdème de la jambe. Douleur à la pression, aucune excoriation sur les membres inférieurs. Cordon dur sur le trajet de la veine fémorale.

Le 10 juillet. — Le cordon dur qui avait persisté longtemps a disparu, l'œdème n'existe plus. Le malade sort complètement guéri le 18 juillet.

OBSERVATION XI

(Martel, in Stratigopoulos).

(Résumée).

B..., 28 ans, rhumatisant, a eu il y deux ans une blennorrhagie suivie d'orchite. Nouvelle blennorrhagie il y a cinq semaines.

Plaques rougeâtres, congestives, œdémateuses de chaque côté du ligament rotulien et sur la face interne de la jambe, au niveau du tibia.

Œdème assez prononcé à la jambe, et douleur à la pression. Le trajet de la veine fémorale est également douloureux à la pression, et est indiqué par une traînée brunâtre et peu saillante.

Tous les phénomènes congestifs précédents ont fait leur apparition il y a deux jours, c'est-à-dire le lundi 21 février. Ils ont atteint leur paroxysme le mardi soir et dans la nuit suivante. Le mercredi matin, vers quatre heures, le malade a transpiré beaucoup et tous ces phénomènes tendent à s'amender.

3 mars. — Après le traitement au salicylate et les bains d'amidon il n'y a pas eu d'amélioration.

Léger œdème de la partie inférieure de la jambe droite. Dans la nuit du 4 mars, le bras gauche a été pris. Douleurs dans les articulations du coude et du poignet; gonflement et douleur sur le trajet des veines radicale et cubitale.

Le 6. — Amélioration notable, l'œdème a diminué.

Le 10. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XII

Le Roy (*ibidem*).

T. T..., 21 ans, a contracté une blennorrhagie il y a un mois. Il y a huit jours, douleurs dans le genou gauche, et tuméfaction au même endroit.

Le lendemain, douleur du poignet.

Pas de rhumatisme antérieur.

Le 28 avril. — Au moment de son entrée à l'hôpital, tuméfaction considérable de la jambe gauche, depuis

la partie inférieure du mollet jusqu'au-dessus du genou.

Hydarthrose abondante du genou gauche.

Le mollet gauche est tuméfié et très tendu. A son niveau la peau présente une coloration rosée, parcourue par des traînées bleuâtres, veines superficielles dilatées; mais non oblitérées. Douleur à la pression et douleur spontanée dans le mollet.

Arthrite du poignet.

La température monte jusqu'à 39°,6.

1^{er} mai. — Amélioration de l'état général, persistance des symptômes locaux.

Cocci dans le pus uréthral.

Cocci dans le sang(?)

Le 4 mai. — Le mollet est moins dur et moins volumineux.

Le 22. — Le malade est encore dans la salle, mais le mollet est guéri; il reste un peu d'hydarthrose du genou gauche.

OBSERVATION. XIII

Tédenat, in Stratigapoulos

Le 3 décembre 1887. — Début d'une blennorrhagie.

Le 24 décembre. — Cystite légère.

Le 27. — Douleur au bas-ventre, superficielle, sourde, irradiant du pli de l'aîne. Je constatai un peu de rougeur et une induration cylindroïde peu marquée le long de la veine sous-cutanée abdominale. Malgré le repos et des cataplasmes la douleur persista, peu vive d'ailleurs jusqu'au 8 janvier. Elle avait alors presque disparu. Quand apparurent des phénomènes analogues tout le long de la cuisse du même côté. Je les attribuai

à une inflammation de la veine saphène interne sur le trajet de laquelle je constatai un peu de rougeur et un gonflement cylindrique, douloureux à la pression.

La disparition complète des signes objectifs de la phlébite ne se fit pas avant le 15 février.

Les injections d'une solution aqueuse de résorcine au cinquantième guérèrent vite l'écoulement.

OBSERVATION XIV

(Tédénat, *ibidem*).

J. C..., 24 ans, lymphatique, sans antécédents morbides, au 25^e jour d'une chaude pisse est pris d'une orchite.

Le 30 décembre. — Dix jours après, survient une douleur vive un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale droite. La douleur avait son maximum le long de la veine sous-cutanée abdominale qui se dessinait sous forme d'un cordon appréciable à la vue et au toucher. Il n'existait qu'une vague coloration rosée.

À partir du 15 janvier, disparition rapide de ces accidents.

Le 2 février. — Rechute de phlébite dans la veine déjà affectée et gonflement douloureux du genou droit, à la suite d'un excès de boisson.

Au bout d'une quinzaine de jours, guérison complète.

OBSERVATION XV

(Stratigopoulos, *ibidem*).

Julie X..., 28 ans, le 5 janvier 1887 entre à l'hôpital pour une inflammation du genou gauche datant de cinq semaines. Ecoulement vaginal abondant. Pas d'antécédents rhumatismaux.

Le 7 janvier douleurs sourdes dans la cuisse droite, le 8 janvier, signes objectifs d'inflammation de la sa-phène interne droite qui dessinait un cordon pâteux plutôt dur, que douloureux à la pression.

Disparition lente de la phlébite.

Ankylose du genou en bonne position.

OBSERVATION XVI

(Perrin. Congrès de dermatologie. Paris 1889).

Souplet dans sa thèse inaugurale (*La blennorrhagie maladie générale*, Paris 1893), fait mention d'un cas de phlébite double des membres inférieurs, du à Perrin, observation dont les détails nous font défaut.

CONCLUSIONS

Au cours de la blennorrhagie, et le plus souvent dans les cas où elle se complique d'arthropathies, on peut voir survenir une complication exceptionnelle : la phlébite blennorrhagique.

L'existence de cette phlébite est démontrée par 16 faits cliniques, dont deux avec examen bactériologique (Tédenat) probant.

Les signes de cette phlébite n'ont rien de spécial. Sa durée est de deux à cinq semaines. Sa terminaison presque constante est la guérison.

L'anatomie pathologique et la pathogénie de cette complication de la blennorrhagie sont mal connues.

Son traitement est celui de la phlébite en général avec, en outre, le traitement spécial de la blennorrhagie, affection causale.

Vu : le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BOUGET. — Phlébite blennorrhagique (Presse médicale, 7 décembre 1895).

LE BRANCHU. — De la nature infectieuse des phlébites (Thèse de Paris, 1894).

SÉE. — Gonocoque et manifestations blennorrhagiques (Gazette des Hôpitaux, 10 novembre 1894).

NOGÈS. — Phlébite des plexus périprostatiques, etc. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 10 mai 1891).

STRATIGOPOULOS. — Thèse de Montpellier, 1888.

MARTEL. — Thèse de Paris, 1887.

JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.

BESNIER. — Article rhumatisme (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

TALAMON. — Revue de Médecine et de Chirurgie, 1878.

VIDART. — Thèse de Paris, 1875.

VICQAGI. — Thèse de Paris, 1880.

LÉLONG. — Thèse de Paris, 1869.

POLLARD. — The Lancet ; 30 mars 1885.

EMPIS. — Gazette des Hôpitaux, 1868.

SOUPLET. — Thèse de Paris, 1896.

